**保健指導結果報告書**

年　　　月　　　日

医療機関名：

主　治　医：　　　　　　　　　　　　　　様

情報提供いただきました下記の児について報告いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 | 　　電話： |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 保健指導実施日 | 年　　月　　日　　　（年齢　　　　歳　　か月） |
| ●訪問時の状況（家庭環境・家族状況・保健指導内容等）●今後の方向性（継続指導　　有　・　　無） |
| 担当者 | 所属名電話番号担当者名 |